

診療情報提供書(紹介状)

年 月 日

川崎医科大学附属病院

放射線診断科

外来担当医 先生

〒701-0192  
岡山県倉敷市松島5-7-7  
地域医療連携室  
直通 TEL:086-464-1567  
直通 FAX:086-464-1166  
代表 TEL:086-462-1111

紹介元医療機関の所在地・名称

医師氏名

TEL

FAX

※緊急を要する所見の場合にご連絡を取らせて頂くことがあります  
貴院時間外の緊急連絡先(担当者)

( ) —

フリガナ	性 別	生 年 月 日
患者氏名	男 ・ 女 旧姓( )	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( 歳 )
住所 〒	電話番号 ( ) —	

主訴・傷病名

検査目的

既往歴及び家族歴

感染症 ( 無 ・ 有 )      薬剤アレルギー ( 無 ・ 有 )

症状経過及び治療経過・検査所見

現在の処方

・ 大変お手数ですが、検査日の3日前(休診日を除く)までに紹介状のFAXもお願い致します。  
・ 本様式は、当院のホームページからもダウンロードすることができます。